



ATENEO CLÍNICO

**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

**Indavere Agustín
08/06/2016**

Paciente: R.A.

Edad: 71 años

Sexo: Masculino

Ingreso: 09/04/16

**Fecha óbito (Hospital
Aleman): 11/04/16**

Motivo de Ingreso: Dolor epigástrico

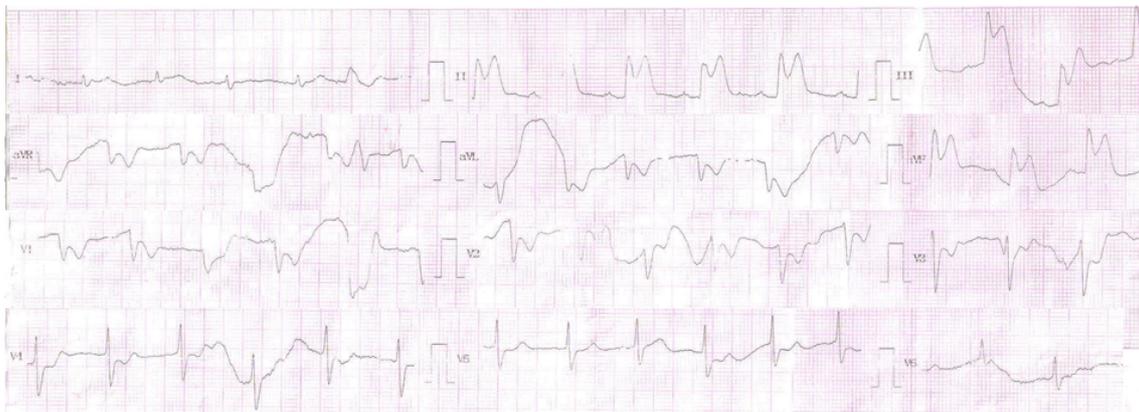
Enfermedad actual: Paciente refiere presentar el 08/04 23:30 hs, dolor en epigastrio de intensidad 8/10 de inicio abrupto asociado a nauseas, sudoración y disnea.

Es evaluado por servicio de emergencias, se le realiza ECG que evidencia injuria subepicárdica inferior, motivo por el cual se decide su traslado a clínica privada. Durante el traslado complica con PCR en contexto de FV, por cercanía se decide su derivación a guardia de este hospital.

Antecedentes de enfermedad actual:

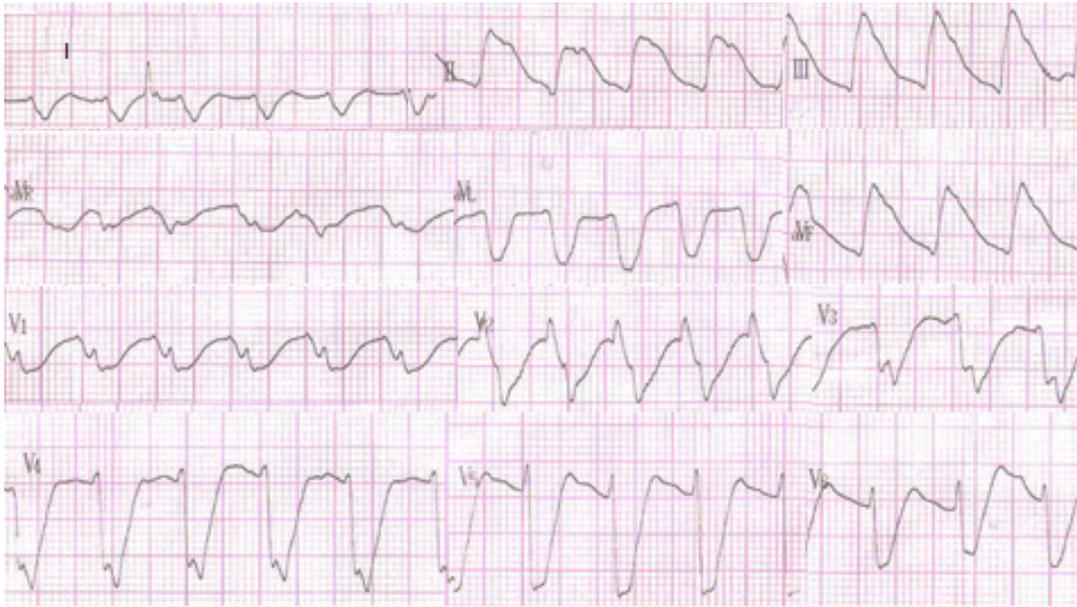
- Factores de riesgo coronarios:
 - Ex tabaquista (35 paquetes/año)
 - Hipertenso
- Antecedentes:
 - EPOC severo
 - Sin antecedentes CV previos

ECG servicio de emergencias 08/04/16 23:30 Hs



- Ingres a guardia externa en PCR en contexto de FV por lo que se realiza CVE, presentando posteriormente nuevos episodios de TV/FV requiriendo carga de amiodarona y lidocaína.

ECG 09/04/16 01:47Hs



Se realiza ECG post-PCR que evidencia injuria subepicárdica inferior + BAV 3º por lo que se inicia dopamina.

Evoluciona con shock cardiogénico (hipotensión + mala perfusión periférica) por lo que se procede a IOT y conexión a ARM.

Se realiza CCG de urgencia.

Angioplastia 09/04/16

- Tronco de coronaria izquierda: No presenta lesiones angiográficas significativas.
- Arteria descendente anterior: De calibre normal. No presenta lesiones angiográficas significativas. Ramos diagonales sin lesiones angiográficas significativas.
- Arteria circunfleja: De calibre normal. No presenta lesiones angiográficas significativas.
- Arteria coronaria derecha: Dominante. Presenta una lesión suboclusiva en su tercio proximal. Se encuentra ocluida en su tercio medio.
- Se realiza angioplastia primaria exitosa a coronaria derecha con stent BMS x 2.

Por falta de disponibilidad de cama en unidad coronaria, se traslada a shock room, en donde persiste con requerimiento de dopamina por hipotensión.

El 09/04 ingresa a UCO a las 10hs del evento agudo.

Examen físico al ingreso a UCO 09/04/16

TA: 103/63 mmHg	FC: 81 l.p.m	FR: 15 c.p.m	T: 36,6°C
Dopamina 13γ/kg/ min	PESO: 75kg	ALTURA: 1,79 m	IMC: 23,43

Ap. Cardiovascular: Buena perfusión periférica, latido apexiano 5º espacio intercostal línea medio clavicular izquierda, pulsos periféricos regulares, iguales y simétricos. IY 3/3 sin colapso inspiratorio. R1 y R2 en 4 focos, silencios libres, no se ausculta R3 ni R4.

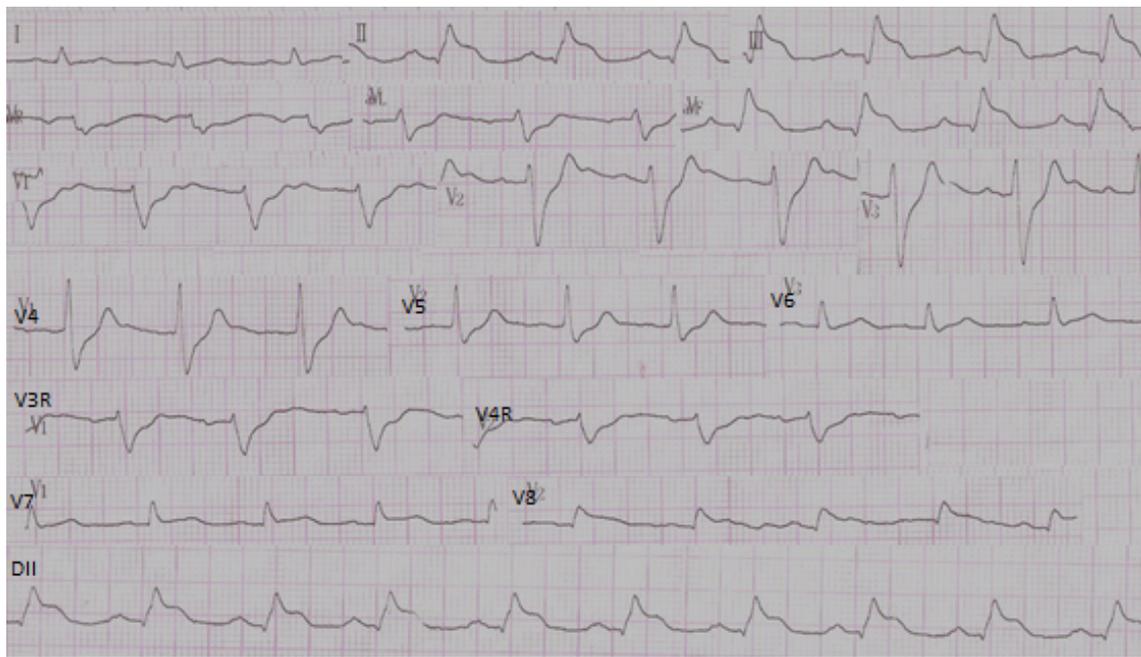
Ap. Respiratorio: Adaptado a ARM, buena entrada de aire bilateral, crepitantes bibasales.

Abdomen: Globoso, blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado y bazo no se palpan.

Neurológico: Paciente bajo sedoanalgesia (RASS -3), pupilas isocóricas y reactivas.

Piel y partes blandas: Buena perfusión periférica, sin edemas.

ECG ingreso UCO 09/04/16



Rx ingreso UCO 09/04/16



Evolución en UCO 09/04/16

- Se reinterpreta como shock secundario a falla de VD, se realizan expansiones seriadas bajo control clínico hasta suspensión de infusión de dopamina.
- Se suspende sedoanalgesia.
- Posteriormente se evidencia tanto clínica como gasométricamente la resolución del shock.
- Se extuba con buena tolerancia, evoluciona favorablemente.
- Es derivado al Hospital Alemán por solicitud de familiares.

Tratamiento al alta 09/04/16

- Aspirina 100 mg por día vía oral.
- Clopidogrel 75 mg por día vía oral.
- Atorvastatina 40 mg por día vía oral.
- Omeprazol 20 mg por día vía oral.
- Seretide 2 puff cada 12 hs.
- Spiriva 18 mcg por día inhalado.
- Roflumilast 10 mg por día vía oral.

Laboratorio:

	Ingreso 08/04	Ingreso UCO 09/04 (10Hs)	Egreso UCO 09/04 (21Hs)
Hematocrito	37%	42%	36%
GB	21000	45800	29900
Plaquetas	416000	617000	519000
Glucosa	355	284	246
Urea	34	40	41
Creatinina	1,23	1,26	1,29
Hepatograma BT/BD/GOT/GPT	-	0,25/0,1/143/110	0,28/0,1/237/124
TP/KPTT/RIN	-	67/29/1,2	-
Ionograma	139/2,9/99	143/2,8/96	141/4,4/99
CPK total/MB	104/-	3058/444	2818/360
EAB	7,22/54/67/21/-6 /87	7,21/64/44/25/-3/ 68	7,35/46/75/24/-1/9 4

Examen físico al ingreso a Hospital Alemán 09/04/16

Ap. Cardiovascular: R1 y R2 en 4 focos, silencios libres, no se ausculta R3 ni R4.

Ap. Respiratorio: Adecuada mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasales, sin rales crepitantes con sibilancias bilaterales espiratorias.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA (+), hígado y bazo no se palpan.

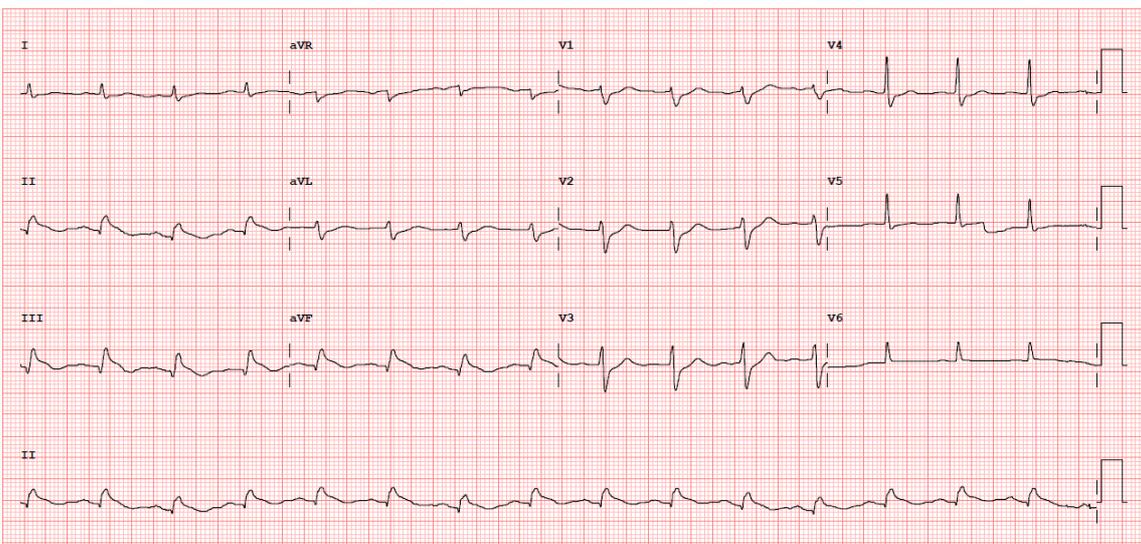
Neurológico: Lucido sin foco motor ni signos meníngeos.

Piel y partes blandas: Buena perfusión periférica, sin edemas.

Rx ingreso Hospital Alemán 09/04/16



ECG ingreso R.A. Hospital Alemán 09/04/16



Evolución Hospital Alemán

Continua mismo esquema terapéutico, se inicia enalapril a dosis bajas.

Evoluciona asintomático.

Se realiza ecocardiograma.

Ecocardiograma 11/04/16 10:20 Hs

- SIV 11 mm, PPD 11 mm.
- Fey 50%
- VD normal. TAPSE 19 mm.
- Raíz aórtica 3,6 cm.
- Hipoquinesia septal basal, inferior medio-basal y posterior medio-basal.
- IM leve.

Evolución Hospital Alemán

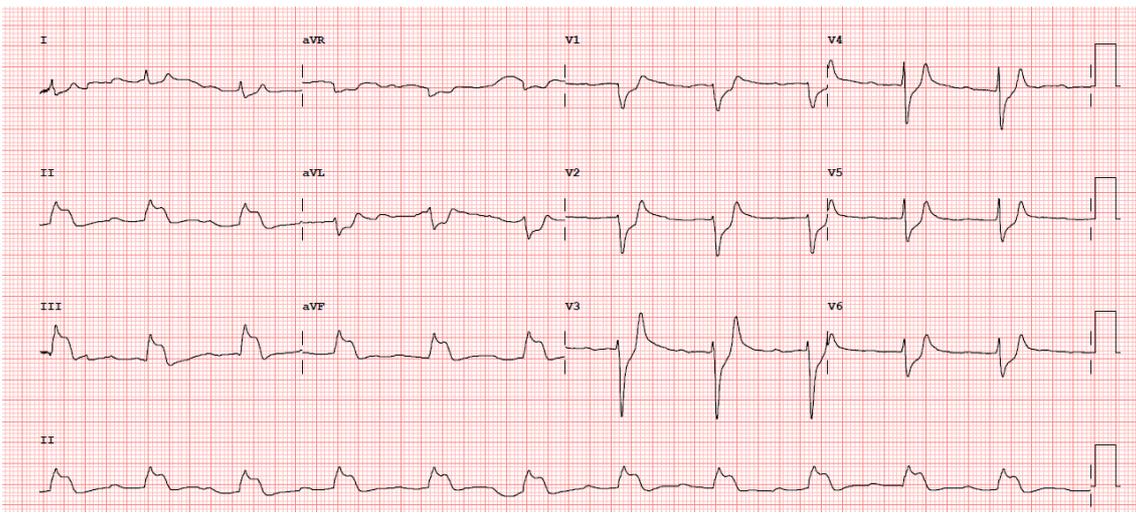
Presenta a las 48 hs del ingreso:

- Mala mecánica ventilatoria, roncus y sibilancias espiratorias, rales crepitantes hasta campos medios.
- Mala perfusión periférica, sudoroso, hipotenso, Sat O2 70% aire ambiente. Sin tolerancia a VNI.
- Se decide IOT + ARM + noradrenalina.
- Se realiza Rx, ECG, ecocardiograma y CCG.

Rx Hospital Alemán 11/04/16



ECG Hospital Alemán 11/04/16



Ecocardiograma 11/04/16 18:40 Hs

- Válvula mitral presenta valva anterior flail con ruptura de músculo papilar anterolateral.
- Jet de IM severa, con vena contracta de 1cm, con efecto coanda.
- La válvula aórtica es trivalva, con fibrosis, sin observarse estenosis ni insuficiencia. Válvulas tricúspide y pulmonar normales.
- El VI es de diámetros conservados. Hipoquinesia inferior, posterobasal y medial.
- Sin evidencia derrame pericárdico.
- Dilatación del VD, con hipoquinesia de la pared libre y deterioro de la función sistólica.
- Venas cavas normales.

Cinecoronariografía 11/04/16

- El Tronco de la Coronaria Izquierda: Tiene ateromatosis parietal difusa sin lesiones obstructivas de significación.
- Arteria Descendente Anterior: En el tercio medio tiene un trayecto intramiocárdico. No tiene lesiones angiográficas de significación.
- Arteria Circunfleja: No tiene lesiones angiográficas de significación. Posteriormente se revisa le película y se evidencia una lesión nueva en la Cx.
- Coronaria Derecha es dominante: En el tercio medio tiene una placa que compromete la luz del vaso hasta un 50% en su punto más crítico. En el tercio distal se encuentra ocluida completamente (trombosis intrastent).
- Luego por la misma vía se coloca un balón de contrapulsación intraaórtica.

Evolución Hospital Alemán

- Se decide CRM + reemplazo válvula mitral de urgencia.
- El paciente fallece en quirófano.